

# 問 診 票

氏名 \_\_\_\_\_ 殿 生年月日 年 月 日 才 (男・女)

※ どうされたかを簡単に書いて下さい。

※ 今日の体温を書いて下さい。

( ) 度

※ 過去に大きな病気にかかったことがありますか。

無

有 (どんな病気? いくつ? )

※ 現在何か病気にかかっていますか。

いない

いる (どんな病気ですか )

※ 特異体質やアレルギーがありますか。

ない

ある (何に対してですか )

※ 家族の中に下記の病気にかかった方がありましたら病名と該当する方を線で  
むすんで下さい。

高血圧 脳溢血 心臓病 糖尿病 がん 結核

父 母 兄 弟 姉 妹

※ (女性だけ記入してください。)

現在妊娠していますか。 無 ・ 有 ( 月)

※ 嗜好品について

1. 酒類……………毎日 ( ml) ときどき のまない
2. タバコ……………毎日 ( 本) すわない
3. 油っこいもの……………沢山とる 普通 少ない
4. 塩からいもの……………沢山とる 普通 少ない
5. コーヒー……………1日 ( 杯位) ときどき のまない

※ あなたが日常のんでいる薬があればその薬品名を書いて下さい。

( )

※ 身長 ( cm) 体重 ( kg)

高 木 診 療 所